



Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Matrikelnummer: \_\_\_\_\_  
Modul: \_\_\_\_\_  
Bei Teilprüfung  
Veranstaltung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Art der Prüfung: \_\_\_\_\_

**Department Sport & Gesundheit**  
Studiengangsleitung Bachelor of Arts (BA)

Dr. Rasmus Jakobsmeier  
Warburger Straße 100  
33098 Paderborn  
E-Mail jakobsmeier@sportmed.upb.de

Sekretariat  
Frau Ines Lankenau  
Fon 0 52 51 – 60 31 80  
Fax 0 52 51 – 60 31 88  
Raum SP 1.528  
E-Mail lankenau@sportmed.upb.de

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine mit der Note 5,0 bewertete Leistung als Modulnote bestehen bleibt bzw. als Teilprüfung in die Berechnung der Modulnote eingeht und verzichte somit auf die bestehende Wiederholungsmöglichkeit.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Studiengangsleitung